

公益社団法人 日本看護協会

# 長期収入サポート制度

(団体長期障害所得補償保険)



## お申し込み方法のご案内

### ① アクセス

PCまたはスマートフォンからWEBでお手続きください。

[https://gltld.my.salesforce-sites.com/Association\\_login](https://gltld.my.salesforce-sites.com/Association_login)

認証コード : a1473000



### ② ログイン

認証コード欄に  
“a1473000”を  
入力してログインしてください。

●● 団体認証

認証コード  
  
LOGIN

ユーザ名(メールアドレス等)をお持ちの方はこちら

### ③ メニュー画面

#### ●● MAIN MENU



新規・変更のお申込み



こちらを  
クリックしてください。



お申込み内容の確認

保険のお申込み手続き完了後、登録メールアドレス宛にメールが送信されます。  
お申込み手続き前に、「ログイン情報変更」のリンクより、  
お客さまご本人のメールアドレスへの変更・ご確認をお願いいたします。

#### ④ お申込みの流れ

##### (1) 初回ユーザ登録／パスワード変更

初めてお申込みされる場合には、お申込み前にユーザ登録が必要です。「ユーザ登録」ボタンより、登録手続きをおこなってください。

The screenshot shows the 'ユーザ登録' (User Registration) page. At the top right, there are two buttons: 'ユーザ登録' (User Registration) and 'ユーザ登録済みの方はこちら' (Click here if you are already registered), with a red dashed box around the first button. Below these is the company name 'キャピタル損害保険株式会社' and its address. A '募集期間' (Recruitment Period) box indicates the period from 2021.10.15 to 2021.12.15. The main registration form has three input fields: '氏名' (Name), 'ユーザ名 (メールアドレス)' (Username (Email Address)), and 'パスワード' (Password). A red arrow points from the 'ユーザ登録' button to the '氏名' field. Below the fields are three callout boxes: 'お名前を入力してください。' (Please enter your name.), 'メールアドレスを入力してください。vweb\_postmaster@ Capital-sonpo.co.jp からメールが受け取れるようあらかじめ設定をお願いします。' (Please enter your email address. Please set up in advance so that you can receive emails from vweb\_postmaster@ Capital-sonpo.co.jp.), and 'パスワードを入力してください。' (Please enter your password.). Below the form are two buttons: '登録' (Register) and '戻る' (Back), with a red dashed box around the '登録' button. A red arrow points from the '登録' button down to the next step.

「新規・変更のお申込み」画面に遷移しますので「お申込み」ボタンを押してお手続きをおこなってください。

お申込み

## ④ お申込みの流れ (2) お申込み

### ●● 保険商品のご案内



商品の詳細はパンフレットで  
ご確認ください。



電子パンフレット



重要事項等説明書

◆保険の内容に関するお問い合わせ・ご相談

【取扱代理店／仲立人】

損保ジャパンパートナーズ 団体職域  
第二部  
〒163-0417  
東京都新宿区西新宿 2丁目 1-1  
新宿三井ビル 17階  
TEL：0120-050-844

【引受保険会社】

キャピタル損害保険株式会社  
開発営業部  
〒102-0073  
東京都千代田区九段北一丁目8番10号  
住友不動産九段ビル 11階  
TEL：0120-777-970

保険料はこちら

お申込み

## ▼ ●初めてお申込みされる方のお手続きの流れ●

「重要事項等説明書」の内容をご確認ください。

### ●● 重要事項のご説明

この重要事項等説明書は、団体長期障害所得補償保険に関する重要事項（「契約概要」「注意喚起情報」等）についてご説明しています。

- PDFをダウンロードし、ご自身が管理できるパソコンなどの電子機器に保存してください。
- ご加入の前に、必ずお読みいただき、内容を十分にご確認ください。

契約概要 保険商品の内容をご理解いただくための事項

注意喚起情報 ご加入に際してお客さまにとって不利益になる事項等、特にご注意いただきたい事項

【重要】必ずお読みいただき、チェックをして次にお進みください。



重要事項等説明書



重要事項等説明書の内容を確認しました。

内容をご確認のうえ、チェックして  
次へお進みください。

戻る

次へ

## ④ お申込みの流れ (2) お申込み

戻る◀ボタンを操作した場合は  
はじめからの入力になるため  
ご注意ください！

商品

告知

プラン

確認

完了

お申込み手続き途中での中断はできません。

入力を中断した場合、お手数ですが最初からのお申し込み手続きが必要になります。

スマートフォンの場合：戻る◀ボタンを操作した際は始めからの入力になるためご注意ください。

## 「健康状態に関する告知」にあたってご注意いただきたいこと

### 正しく告知いただくことは大変重要です。

- ご契約の新規お申込み時、またはご継続にあたり保険金額を増額するなど補償内容を拡大される時はその時点での健康状態、身体の障害の状態などについて告知が必要です。
- 告知の内容が正しくない場合には、ご契約が解除になったり、保険金をお受取りいただけない場合があります。
- 告知は、保険の対象となる方（被保険者）ご自身が質問にお答えください。
- 質問には「ありのままに」、「正確に」、「漏れなく」お答えください。
- 本案内および告知した内容は重要な内容ですので大切に保存してください。
- 現在、支払対象外条件が設定されているご加入者が今回再度告知事項にご回答いただいた結果、お引き受けが可能となる場合は、更新後のご契約より支払対象外条件がなくなります。

※以下の内容をご確認のうえ、1から4のすべての質問にチェックをして次にお進みください。

### 1. 告知の重要性について

- 告知の質問内容はキャピタル損保が公平な引受判断を行ううえで重要な事項となります。
- 口頭によるご回答では、告知していただいたことにはなりませんのでご注意ください。必ず「告知事項回答欄」へご回答ください。
- 告知事項回答後に告知すべき内容を思い出された場合は、キャピタル損保まで必ずご連絡ください。

告知の重要性についてご理解いただけましたか。

### 2. 正しく告知いただけなかった場合のデメリット

- 保険期間の開始時（※）から5年以内に**、過去の傷病歴、現在の健康状態、身体の障害の状態などについてキャピタル損保に告知していた内容が不正確であることが判明した場合は「告知義務違反」としてご契約が解除になることがあります。  
※継続契約の場合は初年度契約の保険期間の開始時、保険金額の増額など補償内容を拡大した場合はその補償を拡大した時をいいます。
- 「告知義務違反」によりご契約が解除になった場合、「保険金の支払事由」が発生していても保険金をお支払いできません。  
ただし、ご契約を解除した場合でも、「保険金の支払事由」と「解除の原因となった事実」との間に因果関係がないときは保険金をお支払いします。

正しく告知いただけなかった場合のデメリットについてご理解いただけましたか。

## ④ お申込みの流れ

### (2) お申込み

#### 3. 告知いただいたご契約のお引受け

●お客さまのお身体の状態によって、次の1から2のいずれかのお引受けとさせていただきます。また、健康診断書等を追加告知としてご提出いただき、その記載内容によりお引受けの判断をさせていただく場合があります。

1. **お引受け**します。

2. **今回のお引受けはお断り**します。

告知いただいたご契約のお引受けについてご理解いただけましたか。

#### 4. 始期前発病（治療）による無責の取扱い

●ご加入初年度の加入日から所定の期間（※1）以内に既に発病（治療）（※2）していた病気またはケガが原因となって、ご加入初年度の加入日以降所定の期間（※1）以内に就業障害となった場合には、正しく告知して契約した場合であっても保険金をお支払いしません。

※1 お客さまが所属する団体（ご契約者）とキャピタル損保の間で取決めた期間です。詳細は重要事項等説明書等でご確認ください。

※2 医師の診断による発病の時をいいます。ただし、先天性異常については医師の診断により初めて発見された時をいいます。

始期前発病（治療）による無責の取扱いについてご理解いただけましたか。

戻る

次へ

## ④ お申込みの流れ (2) お申込み

### 告知

#### 【健康状態】以下の質問にご回答ください

この保険にお入りいただけるのは、現在健康で正常に勤務している方です。  
次の質問に正しくご回答ください。回答は「あり」または「なし」のいずれかにチェックしてください。  
質問1と質問2の回答が両方「なし」であればお引受けいたします。

※は入力必須項目です。

★の付された項目は、告知事項に該当します。  
これらの項目に事実と異なる入力をされたり、  
または事実を入力されなかった場合には、  
ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。

#### ★質問1【現在の健康状態】

※ 告知日現在、医師から入院もしくは手術をすすめられていますか？

あり（はい）

なし（いいえ）

#### ★質問2【傷病歴】

※ 告知日（申込日）現在より過去2年以内に

- ①「傷病一覧（表1）または「精神の病気（表2）」と医師に診断されたことがありますか。  
②「傷病一覧（表1）または「精神の病気（表2）」のため、検査（※）や治療（投薬の指示を含みます）を受けるように指導されたことがありますか。

（※）検査結果が異常なしだった場合は「なし」となります。ただし、検査の結果が判明していない場合や経過観察中の場合は「あり」となります。

（表1）傷病一覧

傷病一覧	全身性エリテマトーデス、多発性筋炎および皮膚筋炎、ベーチェット病、多発性硬化症、関節リウマチ、糖尿病、パーキンソン病、メニエール病
------	---

（表2）精神の病気の代表的な例（下記以外にも精神の病気となるものがあります）

精神の病気	自律神経失調症、統合失調症、うつ病、双極性障害（躁うつ病）、不安障害、パニック障害、身体表現性障害、摂食障害、適応障害、睡眠障害、心身症、心因反応、神経衰弱、発達障害、知的障害、アルコール依存症、薬物依存など
-------	--

1つ以上あり

なし



## ④ お申込みの流れ

### (2) お申込み

#### ★質問3【他の保険契約】

※ 他の同種の保険契約（所得補償保険・団体長期障害所得補償保険等）に加入していますか。（共済契約を含みます。）

「あり（はい）」の方はチェックをつけて質問4に他保険契約状況をご入力ください。「なし（いいえ）」の方は質問4に入力は不要です。

あり（はい）

なし（いいえ）

#### ★質問4【他保険契約状況】

質問3で「はい」の方は以下に他保険契約状況をご入力ください。

保険会社名（共済名）

満期日

(yyyy/mm/dd)

保険金額（月額）

円

対象期間（てん補期間）

(入力例：○年、○歳まで)

戻る

次へ

## ④ お申込みの流れ (2) お申込み

### プラン選択

※は入力必須項目です

★の付された項目は、告知事項に該当します。  
これらの項目に事実と異なる入力をされたり、  
または事実を入力されなかった場合には、  
ご契約が解除されたり、保険金をお支払いできないことがあります。

商品名 Product	長期収入サポート制度
協会会員番号※ Employee number	半角英数字で入力してください 1234567
カナ氏名※ Name	全角カタカナまたはアルファベットで入力してください ソノボ マキ
漢字氏名 Name	損保 真紀
生年月日※★ Birthday	1973 年 6 月 4 日
性別※★ Gender	<input type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女
郵便番号	<input type="text"/> <input type="button" value="検索"/>
	都道府県 選択してください
所属都道府県看護協会名 ※	<input type="text"/>

8桁の  
日本看護協会の会員番号  
を入力ください！

必ず所属する都道府県名  
を入力ください！

#### ◆注意事項◆

ご加入を希望される方はプランと口数を選択してください。  
1口（5万円）～10口（50万円）かつ保険金月額が年収の1/12の60%以下となる範囲内でお  
申込みください。

長期収入サポ ート制度 Basic Enrollment Plan	選択してください
	A:支払対象外期間30日 対象期間10年間 B:支払対象外期間90日 対象期間10年間 C:支払対象外期間30日 対象期間最長満60歳 D:支払対象外期間90日 対象期間最長満60歳
口数 Unit of contribution	0

プラン  
を選択ください！

口数  
を選択ください！



## ④ お申込みの流れ (2) お申込み

お申込みにあたって必要な情報をご確認・ご入力  
いただいたかどうかの確認をおこないます。

内容をご確認のうえ、チェックして次へお進みください。

お申込み内容の最終確認となります。  
宜しければ次へお進みください。

保険料お支払い用クレジットカードの情報を  
入力いただき、“申込み”をクリックしてください。

掛金(保険料)お支払い用のクレジットカードをお手元にご用意いた  
だき、内容をご入力ください。

なお、ご加入者(保険対象者)本人名義のカードに限ります。

カード情報入力画面

ご利用いただけるクレジットカードは、被保険者本人名義のカードの以下のカードになります。

JCB VISA DC UPA Nicos JACCS  
AEON Onico SAISON CARD INTERNATIONAL 三井住友VISA JCB UC Diners Club NC

カード番号 ※ Credit card number	半角数字で入力してください(左詰め)。 [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]
カード有効期限 ※ Credit card expiration date	[ ]月 [ ]年
生年月日 ※ Birthday	1970年1月1日
セキュリティコード ※ Security code	半角数字で入力してください(3~4桁)。 [ ]-[ ]-[ ]-[ ]
カード契約者名義 ※ Credit card holder	カードの表示通り入力してください。 [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

セキュリティコードは、オンライン処理時にカード不正使用を防ぐために補足的なセキュリティ対策として提供されており、クレジットカードの裏面に記載されている3桁の番号です。(アメリカンエクスプレスは表面右に4桁で記載されています。)

最終的なお申込みとなります。

戻る 申込み

お申込み完了です。  
ご登録のメールアドレスに申込み完了メールをお送りします。